



ACTUALIDAD SEPHO
Cursos Pediatría Hospitalaria
Grupos de trabajo SEPHO



ARTÍCULOS
Comentados de las principales
revistas científicas



RECURSOS SALUD
Seguridad del paciente y
buenas prácticas

PEDIATRÍA HOSPITALARIA

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA HOSPITALARIA (SEPHO)



De Ana

SEPHO y RGPD

Si eres socio SEPHO y quieres seguir recibiendo el Boletín y resto de comunicaciones de la sociedad, **pulsa aquí**

TE ESTAMOS ESPERANDO

Si quieres conocer las ventajas de ser socio de la SEPHO: **pulsa aquí**

Apreciados amigos... bienvenidos

En el nuevo número de nuestra revista, tenemos el honor de incluir un **editorial de la Dra. Mellado, presidente de la Asociación Española de Pediatría (AEP): "Definiendo el mayor progreso de la pediatría: la acreditación de las especialidades pediátricas"**. Además incluimos una **carta científica**, que esperamos que os guste y resulte de utilidad puesto que trata un tema que a todos preocupa. Este número también incluye nuestro **rinconcito cultural**, así como un **caso clínico** presentado por residentes de Pediatría. Esperamos que sea de vuestro agrado.

Podéis consultar los números anteriores en nuestra página web. [\[Enlace\]](#)

Equipo Editorial SEPHO

21 marzo

Día Mundial Síndrome de Down



"La vida con un cromosoma de más"

"= es +"

**8 marzo,
y todos los días
por la igualdad**



Editorial

Definiendo el mayor progreso de la pediatría: la acreditación de las especialidades pediátricas

En Europa en 1908 emerge la primera Sociedad de Pediatría en Dinamarca; la British Paediatric Association creada en 1928, es en Europa la sociedad con mayor número de especialidades pediátricas acreditadas, un total de 17. En Estados Unidos la AAP tiene reconocidas 50 especialidades pediátricas, Infectología pediátrica desde 1953 y Nutrition & Fluid Therapy desde 1954. Los primeros hospitales infantiles en España datan de 1877 y las primeras cátedras de medicina de la infancia de 1886. En 1973 la asamblea general en la X Reunión de la AEP, aprobó el Reglamento de Régimen Interior de las Secciones Pediátricas y aunque actualmente hay 23 áreas de capacitación diferenciadas y reconocidas académicamente, ninguna está acreditada como especialidad.

Los descubrimientos y el progreso van indefectiblemente de la mano de la capacitación experta en cualquier ámbito, evidenciándose especialmente en salud, por ello la razón de ser de las especialidades en las disciplinas médicas. En Pediatría, este hecho es aún más destacable; ya que por su naturaleza intrínseca y diferencial necesita “expertise” de altísimo nivel, comparada con otras áreas médicas. En el caso de los niños, no es sólo necesario dominar las peculiaridades diferenciales de la patología de órganos concretos, que demuestran especialidades como cardiología o neurología, sino además; tener que hacerlo obligadamente en el marco de un desarrollo físico y psicosocial que trasciende a todas

las estructuras del individuo. La universalidad del proceso evolutivo de los niños desde recién nacido al final de la adolescencia, exige inequívocamente profesionales altamente capacitados; formados primero como pediatras expertos y luego como especialistas excelentes, de tal nivel, que no se comprende cómo no se ha reconocido aun esta necesidad imperiosa ligada al conocimiento. Hay especialidades pediátricas que tienen además una “expertise” transversal; como cuidados intensivos o Infectología y otras que acotan el conocimiento experto a la patología de un rango de edad; Neonatología o Medicina del Adolescente.

Una mirada atenta merece una especialidad novedosa y ahora protagonista por la mayor supervivencia de los niños en el siglo XXI, la Pediatría Hospitalaria, paradigma del conocimiento multidisciplinar de sus especialistas, que en estrecha comunión con la pluridisciplina de especialidades implicadas en el nuevo concepto “paciente pediátrico crónico complejo”; tiene mayores competencias que la propia Medicina Interna. Una especialidad destinada a ser reina en la magnitud de conocimientos, pero también en colaborar entre disciplinas por aunar y compartir actuaciones con especialidades pediátricas muy implicadas y que está predestinada a aportar una visión enriquecedora adelantada a su tiempo, atendiendo a menores pluripatológicos en los que se adivina una cronicidad que conlleva complejidad y que determinará el

obligado trabajo en equipo de los más expertos especialistas pediátricos.

Las especialidades pediátricas representan el avance imparable de la Pediatría y ponen de manifiesto el progreso conseguido en la prevención y la cura para la población infantil en España, gracias a los pediatras españoles especialistas.

El reconocimiento de las especialidades pediátricas es previsible con la unión de todas las disciplinas y dirigido por los responsables de la AEP, ante las instituciones, demostrando el rigor, la fortaleza y la eficiencia indiscutible que aportan a la Pediatría y a la mejora de la salud de niños y adolescentes.

Es así una necesidad imperiosa el reconocimiento en España, no ya de áreas de capacitación específicas académicas, sino de especialidades reales independientes; que demuestran la excelencia en el delicado y exquisito manejo que requiere el niño enfermo y la atención inseparable a su familia.



Dra. Mª José Mellado Peña
Pediatra Hospital Universitario La Paz (Madrid)
Presidente de la Asociación Española de Pediatría (AEP)

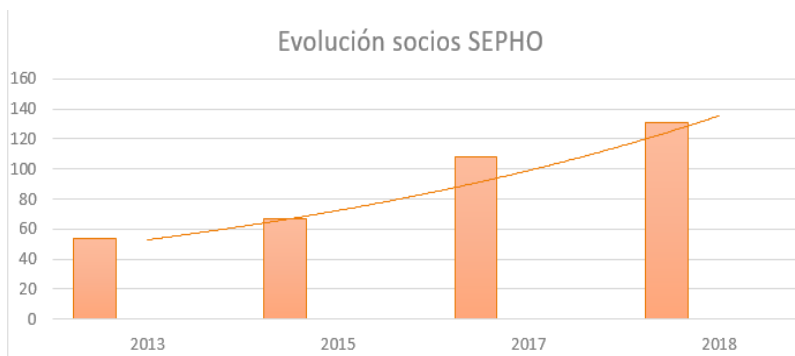


ACTUALIDAD SEPHO

Eventos próximos y últimas noticias relevantes



Nuevos socios SEPHO en cada vez más hospitales



La SEPHO sigue manteniendo el incremento lineal de socios, presentes ya **en más de 40 hospitales** de todo el territorio nacional...

¡Te estamos esperando...!

Si quieres conocer las ventajas de ser socio SEPHO, pulsa [aquí](#).



Grupos de Trabajo SEPHO

*¿Qué requisitos ha de tener un especialista en pediatría hospitalaria?
Me preocupa la seguridad de mis pacientes, ¿cómo puedo mejorarla? ¿cuál es mi responsabilidad?*

Si te haces alguna de estas preguntas, tienes que saber que existen dos grupos de trabajo SEPHO que desarrollan iniciativas sobre estos temas. Están abiertos a todos los interesados.

- Seguridad del Paciente: gruposeguridad@sepho.es
- Plan Formativo en Pediatría Hospitalaria: grupoformacion@sepho.es



Nuevos protocolos SEPHO

Ya están disponibles otros dos protocolos SEPHO sobre temas relevantes en nuestra práctica asistencial:

- [Analgesia y sedación para Pediatras Hospitalistas Procedimientos de sedo-analgésia](#)
- [Estándares y utilidad de la Hospitalización a Domicilio](#)

Podéis consultar todos los protocolos disponibles en: <http://sepho.es/protocolos-sepho/>

Un cordial saludo
Comité Científico SEPHO



ARTÍCULOS COMENTADOS

Actualidad de la pediatría hospitalaria en las principales revistas científicas

PEDIATRICS®

OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Pasos hacia la mejora de la seguridad del paciente hospitalizado

Mueller BU, Neuspiel DR, Fisher ERS; Council on quality improvement and patient safety. Principles of Pediatric Patient Safety: Reducing Harm Due to Medical Care. Pediatrics. 2019. pii: e20183649. [\[Enlace\]](#)

Iniciativa actualizada de la [AAP](#) dirigida a la mejora de la seguridad de los niños en distintos ámbitos sanitarios. Se repasan los factores favorecedores de efectos adversos ligados a hospitalización, la implicación de las nuevas tecnologías y también se plantea la instauración de una “cultura de la seguridad”, en vez de culpabilizar a individuos. Muchas de las medidas propuestas involucran a los pediatras hospitalarios (normalización de la práctica clínica, uso listas de verificación o sistemas de transferencia de pacientes, notificación de efectos adversos...). En el apéndice final se ofrece una serie de recursos accesibles en la red para la mejora de la seguridad hospitalaria.



Complicaciones con los dispositivos de soporte en niños con patología médica compleja

Nackers A, Ehlenbach M, Kelly MM, Werner N, Warner G, Collier RJ. Encounters From Device Complications Among Children With Medical Complexity. Hosp Pediatr. 2019;9:6-15 [\[Enlace\]](#)

Muchos niños con patología crónica compleja son dependientes de dispositivos de soporte para funciones vitales básicas. Las complicaciones derivadas de su uso implican un significativo número de urgencias e ingresos hospitalarios. En este estudio los pacientes con traqueostomía, catéter venoso central permanente y dispositivos enterales percutáneos acumularon el mayor riesgo de visitas e ingresos por complicaciones. Los autores señalan que una gran parte de estas complicaciones son prevenibles, y que se deben desarrollar programas de cuidados que incluyan la formación y capacitación de las familias, así como la identificación precoz de las complicaciones.



Munchausen por poderes, hacia dónde vamos

Davis P, Murtagh U, Glaser D 40 years of fabricated or induced illness (FII): where next for paediatricians? Paper 1: epidemiology and definition of FII Archives of Disease in Childhood 2019;104:110-114 [\[Enlace\]](#)

En relación a los 40 años de la histórica descripción del síndrome de Munchausen por poderes realizada por [Meadow](#), los autores revisan el concepto y características de esta forma de maltrato, la epidemiología, la dinámica de daño y ganancias secundaria de los responsables causantes, y las consecuencias que a varias esferas tiene para el niño. Destacan el papel de las actuaciones médicas, que pueden perpetuar o prolongar los efectos perjudiciales,

y el desconcierto de muchos pediatras ante estos cuadros. Por esta razón se recomienda un alto índice de sospecha para una identificación e intervención precoces.



El reto del dolor en niños con discapacidad intelectual y trastornos del desarrollo

Cascella M, Bimonte S, Saettini F, Muzio MR. The challenge of pain assessment in children with cognitive disabilities: Features and clinical applicability of different observational tools. *J Paediatr Child Health*. 2019;55: 129-135 [[Enlace](#)]

Los niños con discapacidad intelectual, y otros trastornos del desarrollo tienen mayor riesgo de experimentar dolor y de ser infratratados. En este artículo se revisan distintas herramientas empleadas para evaluar el dolor en este grupo de niños, desde escalas autovalorativas cuando es posible, y sobre todo una serie de métodos observacionales (FLACC, FLACC-r, CHEOPS, PPP, PBC, NCCPC...). Considera muy relevante la sensibilización y capacitación de los profesionales en la evaluación del dolor en este grupo de pacientes.



Recomendaciones para prevención de la infección nosocomial

Dorothy L Moore; Infection prevention and control in paediatric office settings, *Paediatrics & Child Health*, 2018, e176-e190 [[Enlace](#)]

En este documento del Comité de Enfermedades Infecciosas de la Asociación Canadiense de Pediatría se establecen los principios rectores y de control de la infección en el entorno sanitario. Además de recomendaciones estructurales, organizativas, de limpieza y para el personal sanitario, se incluyen precauciones adicionales para los

gérmenes multirresistentes y agentes emergentes. También se incluyen las recomendaciones de inmunización para el personal sanitario, y las precauciones y periodos de exclusión en profesionales infectados.



Escalas de estratificación del riesgo para manejar la neutropenia febril

Lehrnbecher T. Treatment of fever in neutropenia in pediatric oncology patients. *Curr Opin Pediatr*. 2019; 31: 35-40 [[Enlace](#)]

Artículo de revisión en el que se actualiza el manejo de los pacientes oncológicos con neutropenia febril, haciendo hincapié en el uso de escalas de estratificación del riesgo con objeto de seleccionar aquellos pacientes en los que la terapia antibiótica empírica puede suspenderse de forma temprana, o incluso ser tratados de forma ambulatoria.

El virus de la gripe, ¿a quién y cómo?

Doyle JD, Campbell AP. Pediatric influenza and illness severity: what is known and what questions remain? *Curr Opin Pediatr*. 2019; 31: 119-26 [[Enlace](#)]

Artículo en el que se describe de forma exhaustiva el patrón de enfermedad del virus de la gripe en EE.UU. durante las últimas temporadas, donde se observa que los niños menores de 5 años son un grupo de riesgo. Se debe insistir en aumentar la cobertura vacunal contra este virus.

Avances en el desarrollo de agentes antimicrobianos en pediatría

James B. Wood, Lauryn B. Cravens, and C. Buddy Creech. Advances in pediatric antimicrobial agents development. *Curr Opin Pediatr* 2019, 31:135-143. [[Enlace](#)]

Artículo de revisión de los nuevos agentes antimicrobianos que han aparecido en la última década, creados a partir del incremento de infecciones por bacterias multirresistentes que se está produciendo. Revisan los últimos antimicrobianos activos frente a microorganismos grampositivos (ceftarolina, tedizolid, dalbavancina/telavancina/oritavancina, lefamulina, solitromicina, iclaprima), gramnegativos (ceftazidima/avibactam, ceftolozano/tazobactam, meropenem-vaborbactam) y antifúngicos (posaconazol, isavuconazol, equinocandinas). Se han realizado estudios en pacientes adultos con estos fármacos, con una eficacia y seguridad razonable. Sin embargo, todavía se necesitan más estudios para definir la farmacocinética, farmacodinámica y seguridad en la población pediátrica.

JAMA Pediatrics

La eficacia de la oxigenoterapia de alto flujo y la fascinación al canto de sirenas

de Benedictis FM. The Effectiveness of High-Flow Oxygen Therapy and the Fascinating Song of the Sirens. *JAMA Pediatr.* 2019;173(2):125-126. [\[Enlace\]](#)

Este autor da su punto de vista sobre el uso indiscriminado de la oxigenoterapia de alto flujo en patologías como la bronquiolitis. Se han publicado últimamente numerosos artículos sobre la utilidad de la oxigenoterapia de alto flujo (OAF) en bronquiolitis en las plantas de hospitalización, en los que se encuentran beneficios en la disminución del trabajo respiratorio, mejora en la eficacia ventilatoria y disminución de las tasas de intubación; este hecho ha hecho que en muchos hospitales la OAF sea tratamiento de primera línea para la bronquiolitis mientras en otros artículos no se ha conseguido demostrar tal beneficio. Este autor concluye por lo tanto que no se puede generalizar su uso y este sería una segunda línea de tratamiento posicionándolo como la primera línea de tratamiento en el contexto de las unidades de cuidados intensivos.

Ketamina intranasal versus fentanilo para el dolor durante la reducción de fracturas de extremidades en niños. Estudio clínico randomizado PRIME

Theresa M. Frey, Todd A. Florin, Michelle Caruso, Nanhua Zhang, Yin Zhang, Matthew R. Mittiga. *JAMA Pediatr.* 2019;173(2):140-146. [\[Enlace\]](#)

Estudio clínico randomizado realizado por el grupo Pain Reduction With Intranasal Medications for Extremity Injuries (PRIME), en el que querían valorar la eficacia de la ketamina intranasal para el control del dolor durante los procedimientos de reducción de fracturas, frente al fentanilo intranasal. El estudio fue realizado en 90 pacientes, 50% en cada grupo, comprobando que ambos fármacos se mostraron eficaces en el control del dolor, no siendo inferior la ketamina al fentanilo. Si observaron un mayor número de efectos secundarios en el grupo de la ketamina, pero fueron todos leves y transitorios. Por lo que concluyen que la ketamina proporciona una analgesia eficaz y no inferior al fentanilo, y aunque encontraron un mayor número de efectos secundarios, la ketamina puede ser una alternativa eficaz en este tipo de procedimientos.

Comparación de la prescripción de antibióticos para la neumonía adquirida en la comunidad en hospitales pediátricos frente a hospitales no pediátricos

Alison C. Tribble, Rachael K. Ross, Jeffrey S. Gerber. *JAMA Pediatr.* 2019;173(2):190-192. [\[Enlace\]](#)

En 2011 se publicaron las guías de tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad para pacientes pediátricos por parte de la Sociedad Americana de Infectología Pediátrica. En ellas se recomienda como primera línea de tratamiento la penicilina, amoxicilina y ampicilina para los pacientes ingresados. Desde entonces el uso de estos antimicrobianos ha aumentado en los hospitales pediátricos, pero se desconoce su uso en los hospitales no pediátricos que atienden a niños en Estados Unidos (que suponen el 70% de los pacientes pediátricos ingresados). Estos autores han

revisado los datos de prescripción y mientras que en los hospitales pediátricos se siguen las guías de tratamiento en un 61%, en lo no pediátricos solo se siguen en un 27%, no encontrando ninguna diferencia entre ambos que lo justifique; por lo que insisten en redoblar esfuerzos para mejorar la situación.



Efectos fisiológicos de la posición en prono en niños con bronquiolitis grave: Estudio *randomizado* aleatorizado (BRONCHIO-DV)

Florent Baudin, Guillaume Emeriaud, Sandrine Essouri, Jennifer Beck, Aurelie Portefaix, Etienne Javouh ey, Claude Guerin. J Pediatr. 2019;205:112-9. [\[Enlace\]](#)

Estudio en 14 niños ingresados con bronquiolitis grave que reciben tratamiento con ventilación positiva, en los que realizan una serie de medidas fisiológicas (esfuerzo respiratorio, gasto metabólico durante la respiración y eficacia del diafragma). Estas medidas las realizan estando el paciente en posición prona durante una hora y después en posición supina otra hora. Querían comprobar si la posición en prono en niños con ventilación mecánica no invasiva mejoraba la clínica, al igual que en los adultos con distrés respiratorio grave en los que la posición en prono mejora la oxigenación, disminuye la mortalidad, mejora el intercambio gaseoso y la mecánica respiratoria y en niños en ventilación mecánica invasiva por bronquiolitis disminuye la resistencia de la vía aérea. Estas medidas las realizan estando el paciente en posición prona durante una hora y después en posición supina otra hora. Encontraron que durante la posición en prono el esfuerzo respiratorio y el gasto metabólico fueron menores y la eficacia del diafragma fue mayor de forma significativa comparado con la posición supina. Concluyendo su estudio sugiriendo beneficios de la posición en prono en estos pacientes con ventilación no invasiva, aunque sean necesarios más estudios para corroborar estos hallazgos.

Pediatric Clinics

Síndrome de secreción inadecuada de ADH

Moritz ML. Syndrome of Inappropriate Antidiuresis. Pediatr Clin North Am. 2019; 66: 209-26 [\[Enlace\]](#)

Artículo de revisión sobre el síndrome de secreción inadecuada de ADH en los pacientes hospitalizados, en el que se repasan aspectos fisiopatológicos, diagnósticos y terapéuticos. Además, se analizan estrategias de prevención de hiponatremia grave en el manejo habitual de la fluidoterapia.



Avances terapéuticos contra el VRS

Xing Y, Proesmans M. New therapies for acute RSV infections: where are we? Eur J Pediatr. 2019; 178(2): 131-8 [\[Enlace\]](#)

Interesante artículo de revisión que tiene como objetivo recopilar la información más relevante sobre los avances más recientes en la investigación sobre productos terapéuticos contra el VRS, desde un punto de vista eminentemente farmacodinámico.

Nuevas terapias contra el VRS

Knaapen M, van der Lee JH, Heij HA, van Heurn ELW, Bakx R, Gorter RR. Clinical recovery in children with uncomplicated appendicitis undergoing non-operative treatment: secondary analysis of a prospective cohort study. Eur J Pediatr. 2019; 178(2): 235-42 [\[Enlace\]](#).

Este estudio describe los buenos resultados del tratamiento conservador en una cohorte de pacientes entre 7-17 años diagnosticados de apendicitis aguda no complicada. Aunque aún faltan estudios con un

diseño de suficiente calidad, parece que el tratamiento conservador en este tipo de pacientes seleccionados es una alternativa a considerar.



Guía de actuación en las anomalías de la diferenciación sexual (ADS) / desarrollo sexual diferente (DSD)

Grupo de Trabajo sobre ADS/DSD de la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP). [\[Enlace\]](#)

En esta guía de obligada lectura por su actualidad se abordan las anomalías de la diferenciación sexual (ADS) que engloban un amplio espectro de discordancias entre los criterios cromosómico, gonadal y fenotípico (genital) que definen la diferenciación sexual; se prefiere la denominación de «desarrollo sexual diferente» (DSD) en la actualidad. Su origen es congénito; se clasifican en función de los cromosomas sexuales presentes en el cariotipo; las causas genéticas conocidas son muy diversas y heterogéneas, aunque algunos casos pueden ser secundarios a factores maternos o medioambientales. Su diagnóstico y tratamiento requieren siempre una atención médica y psicosocial multidisciplinar. El diagnóstico etiológico precisa la interacción entre las exploraciones clínicas, bioquímicas (hormonales), genéticas, de imagen y, eventualmente, quirúrgicas. El tratamiento debe abordar la asignación de género, la posible necesidad de tratamiento hormonal substitutivo (suprarrenal si hay insuficiencia suprarrenal y con esteroides sexuales si hay insuficiencia gonadal a partir de la edad puberal), la necesidad de intervenciones quirúrgicas sobre las estructuras genitales (actualmente se tiende a diferirlas) y/o sobre las gónadas (en función de los riesgos de malignización), la necesidad de apoyo psicosocial y, finalmente, una adecuada programación de la transición a la atención médica en las especialidades de adultos.



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Efecto del diagnóstico genético en pacientes previamente catalogados de enfermedad sin diagnóstico

Splinter K, Adams DR, Bacino CA, Bellen HJ, Bernstein JA, Cheattle-Jarvela AM, et al. Undiagnosed Diseases Network. Effect of Genetic Diagnosis on Patients with Previously Undiagnosed Disease. *N Engl J Med.* 2018 Nov 29;379(22):2131-2139. [\[Enlace\]](#)

Esta interesante iniciativa inédita en nuestro medio trata de establecer un circuito de reevaluación y seguimiento de pacientes de difícil diagnóstico. Muchos pacientes permanecen sin diagnóstico a pesar de una extensa evaluación médica. La Red de enfermedades no diagnosticadas (REND) se estableció para aplicar un modelo multidisciplinario en la evaluación de los casos más desafiantes e identificar las características biológicas de las enfermedades recién descubiertas. La REND, que está financiada por los Institutos Nacionales de Salud de los USA, se formó en 2014 como una red de siete centros clínicos, dos núcleos de secuenciación y un centro de coordinación. Más tarde, se agregaron un biorepositorio central, un núcleo de metabolómica y un centro de detección de organismos modelo. Los autores evaluaron los pacientes que fueron remitidos a la REND durante un período de 20 meses. Los pacientes debían tener una condición no diagnosticada a pesar de una evaluación exhaustiva. Determinamos la tasa de diagnóstico entre los pacientes que posteriormente se sometieron a una evaluación completa y observamos el efecto del diagnóstico en la atención médica. Un total de 1519 pacientes (53% mujeres) fueron remitidos a la REND, de los cuales 601 (40%) fueron aceptados para la evaluación. De los pacientes aceptados, 192 (32%) habían sido sometidos previamente a secuenciación del exoma. Los síntomas fueron neurológicos en el 40% de los solicitantes, musculoesqueléticos en el 10%, inmunológicos en el 7%, gastrointestinales en el 7% y reumatológicos en el 6%. De los 382 pacientes que tuvieron una evaluación completa, 132 recibieron un diagnóstico, lo que arrojó una tasa de diagnóstico del 35%. Un total de 15 diagnósticos (11%) se realizaron solo por

revisión clínica y 98 (74%) se realizaron por secuenciación del genoma o exoma. De los diagnósticos, el 21% condujo a recomendaciones con respecto a los cambios en la terapia, el 37% condujo a cambios en las pruebas de diagnóstico y el 36% condujo a asesoramiento genético específico de variante. Además, definieron 31 nuevos síndromes. La REND estableció un diagnóstico en 132 de los 382 pacientes que tuvieron una evaluación completa, lo que arrojó una tasa de diagnóstico del 35%.

PEDIATRIC NEUROLOGY

Síndrome de epilepsia relacionado con la infección febril: revisión clínica e hipótesis sobre epileptogénesis

Van Baalen A, Vezzani A, Häusler M, Kluger G. Febrile Infection-Related Epilepsy Syndrome: Clinical Review and Hypotheses of Epileptogenesis 2017 Feb; 48 (1) :5-18. [\[Enlace\]](#)

El síndrome de epilepsia relacionado con la infección febril (FIRES, AERRPS o DESC) es una de las encefalopatías epilépticas más graves, en su mayoría irreversibles y presumiblemente inmunomediadas que afectan a niños sanos. El estado epiléptico refractario o un grupo de convulsiones comienzan unos días después del inicio de una enfermedad febril aguda; Sin embargo, la encefalitis no puede ser probada. Las secuelas de FIRES son la epilepsia farmacorresistente y las alteraciones neuropsicológicas que ocurren sin latencia. El conocimiento clínico es limitado porque FIRES es esporádico y extremadamente raro. Por lo tanto, según la literatura y la presente revisión de datos de los propios autores, incluye características clínicas, terminología, epidemiología, criterios y procedimientos de diagnóstico, diagnósticos diferenciales, opciones terapéuticas agudas y crónicas, y datos de resultados. Se presta especial atención a la epileptogénesis. La hipótesis es que FIRES es una enfermedad inmune, pero no autoinmune, y se analiza el tratamiento con fármacos GABAérgicos a altas dosis, y la introducción temprana de una dieta cetogénica enteral o parenteral como el tratamiento más prometedor. La falta de evidencia requiere tanto una red como un registro clínico multinacional basado en la web para definir el espectro clínico para mejorar el diagnóstico y el tratamiento y, al menos, para aclarar la causa de FIRES. Los autores concluyen que el término "síndrome de epilepsia de respuesta inflamatoria fulminante" puede ser más apropiado.



CARTA CIENTÍFICA

Desgaste profesional en pediatras hospitalarios: Relevancia, abordaje y oportunidad para la mediación

Andrea Revert Bargues (1), Gloria Novel Martí (2), Pedro J. Alcalá Minagorre (1)

(1) Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante

(2) Observatorio de Mediación. Universitat de Barcelona

El síndrome de *Burnout*, conocido también como síndrome de desgaste profesional, es una entidad cada vez más descrita entre los profesionales pediátricos. Conlleva unas graves repercusiones en quienes lo sufren, su entorno familiar, y también sobre los pacientes, ya que puede repercutir negativamente en la seguridad y calidad asistencial (1). Es por ello que cada vez encontramos en la literatura más estudios acerca de esta entidad, analizando tanto la prevalencia, como los factores asociados y posibles abordajes (2).

En los años 70, el psicólogo alemán Freudenberguer (3) fue el primero en usar este concepto (que previamente se utilizaba en ámbito deportivo) para referirse a profesionales cuyo objeto de trabajo son personas. Posteriormente en 1986, las psicólogas Maslach y Jackson (4) lo definieron como: "Cansancio emocional, que lleva a una pérdida de motivación que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso". Estas autoras describen tres esferas del problema: cansancio emocional (agotamiento ante las exigencias de una tarea por la que no se siente atractivo), despersonalización (burocratización de la relación médico-paciente) y desrealización (actitud negativa hacia uno mismo y el trabajo, junto con ideas de incompetencia personal, irritabilidad y pobre autoestima). El método más validado de diagnóstico es el Maslach Burnout Inventory (Tabla 1 y 2), mediante el cual se evalúan estas tres esferas.

Probablemente el hecho de que afecte especialmente a profesiones sanitarias esté en relación con la implicación emocional que éstas conllevan, la influencia que tienen las decisiones médicas que tomamos en la vida de los pacientes, y nuestra filosofía humanística del trabajo que contrasta con un sistema

aparentemente deshumanizador y despersonalizado, no solo con los enfermos, sino también con los profesionales sanitarios.

Se han señalado una serie de factores facilitadores individuales (falta de estrategias de afrontamiento, patrón de personalidad A, bajo nivel de tolerancia a las dificultades, locus de control externo, carencias vida familiar o relaciones sociales...). La experiencia no constituye en sí un factor de riesgo, es más, la prevalencia de desgaste profesional moderado-grave alcanza hasta el 40% de los residentes de pediatría, y la no intervención puede perpetuar su impacto a lo largo de la vida profesional (5). Entre los factores organizativos e institucionales se señala de forma consistente a la mala gestión de los servicios (en particular como formar parte de unidad desorganizada y caótica) y a los conflictos laborales como inequívocos factores para el desgaste profesional (6-8).

Debido a su implicación sobre los individuos y la organización, se deben poner en marcha medidas de prevención, identificación e intervención tempranas sobre los afectados. Entre las medidas individuales como capacitación en medidas de afrontamiento, mejora de las habilidades de comunicación y habilidades sociales, uso de técnicas de relajación, discusión asertiva de las situaciones especialmente conflictivas (9).

Pero la organización tiene una responsabilidad esencial en la solución del problema. Existen factores que dependen de la forma de entender y gestionar el trabajo (horarios, dotación de personal, competencias) y otros en los que la carencia o mala gestión de la comunicación, que genera conflictos, malestar y estrés. Los llamados "ambientes tóxicos", se han construido en dinámicas laborales sobre las que, aunque parezca

mentira, se puede intervenir de forma efectiva. A este fin surge la llamada mediación como instrumento para la resolución de conflictos en el entorno sanitario. Con este método, aquellas personas afectadas por un problema en el entorno hospitalario son capaces de llegar a pactos acordes con los intereses legítimos de cada uno, con ayuda de un guía imparcial y neutral, el mediador, que facilita los encuentros y la comunicación entre los implicados.

El conflicto en las organizaciones de salud es frecuente, itinerante y en buena parte inexorable a la naturaleza del trabajo hospitalario y el marco de las relaciones humanas. El “cómo”, es lo que marca la diferencia. Las organizaciones de salud, tienen como objetivo “curar y cuidar a las personas” que necesitan sus servicios. Parece que forma parte de la lógica interna, que este estilo de

hacer, se inicie en su interior, como eje básico que dirija las políticas internas y externas institucionales, produciendo “salud en el entorno laboral” y fomentando el crecimiento personal de las personas que allí trabajan y se relacionan (10).

Debida a su naturaleza multifactorial, el abordaje del síndrome del desgaste profesional conlleva una serie de intervenciones de ámbito integral, que abordan cambios desde el nivel personal, así como como a nivel organizativo y relacional, en los que la mediación se ofrece como una herramienta útil. También resulta fundamental proteger a las generaciones más jóvenes de pediatras y residentes, e incorporar en su formación habilidades que les protejan de un posible futuro desgaste profesional.

Bibliografía:

1. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Trojanowsk L. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ Open* 2017;7:e015141
2. Mahan JD. Burnout in Pediatric Residents and Physicians: A call to action. *Pediatrics*. 2017;139. pii: e20164233
3. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues*. 1974;30:159–65.
4. Maslach C, Jackson SE, Leiter M. The Maslach Burnout Inventory Manual. 1986.
5. Franco ML, Núñez AR, Sanmartín MF, Alonso SM, Torres FM, M J, et al. Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. *An Pediatr*. 2005;62:248–51.
6. Bustinza Arriortua A, López-Herce Cid J, Carrillo Álvarez A, Vigil Escibano MD, de Lucas García N, Panadero Carlavilla E. Situación de burnout de los pediatras intensivistas españoles. *An Pediatr*. 2000;52:418–23.
7. Leyenaar JK, Capra LA, Brien ERO, Laurel K, Mackie TI. Determinants of career satisfaction among pediatric hospitalists: a qualitative exploration. 2015;14:361–8.
8. Starmer AJ, Frintner MP, Freed GL. Work-Life Balance, Burnout, and Satisfaction of Early Career Pediatricians. *Pediatrics*. 2016;137:e20153183–e20153183.
9. Baer TE, Feraco AM, Tuysuzoglu Sagalowsky S, Williams D, Litman HJ, Vinci RJ. Pediatric Resident Burnout and Attitudes Toward Patients. *Pediatrics*. 2017;139. pii: e20162163
10. Novel Martí G. Mediación en Salud. Un nuevo paradigma cultural en organizaciones que cuidan. Ed Reus 2016

Tabla 1.- Cuestionario para la medición del desgaste profesional, *adaptado de Maslach Burnout Inventory (4)*

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo							
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas que tengo que atender							
5. Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos impersonales							
6. Trabajar todo el día con personas es realmente estresante para mí							
7. Trato con mucha efectividad los problemas de las personas							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando							
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de los demás con mi trabajo							
10. Me he vuelto insensible con la gente desde que ejerzo esta ocupación							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12. Me siento muy enérgico							
13. Me siento frustrado por mi trabajo							
14. Siento que estoy trabajando demasiado							
15. No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas personas a las que trato							
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés							
17. Fácilmente puedo crear un clima agradable en mi trabajo							
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas							
19. He conseguido muchas cosas valiosas en este trabajo							
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21. En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma							
22. Creo que las personas a quienes atiendo me culpan de sus problemas							

Tabla 2.- Interpretación del cuestionario de desgaste profesional, *adaptado de Maslach Burnout Inventory (4)*

Esferas estudiadas	Ítems	Puntaje	Indicios de burnout
Cansancio emocional	1,2,3,6,8,13,14,16,20	0-54	>26
Despersonalización	5,10,11,15,22	0-30	>9
Realización personal	4,7,9,12,17,18,19,21	0-48	< 34



RECURSOS

No estamos sol@s, estamos enredad@s



**Seguridad del Paciente:
Estrategias para una asistencia sanitaria más segura**
Charles Vicent y René Amalberti
Editorial Modus Laborandi, 2016

Publicado con la ayuda de Sociedad Española de Calidad Asistencial, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ergotec.

En este libro los autores exponen los modelos de riesgo y estrategias de seguridad en distintos ámbitos sanitarios, incluido el hospital, atención primaria y asistencia domiciliaria, con estrategias e intervenciones aplicables en la práctica real, y que incorpora además la visión de los pacientes y sus familias.

Publicado con acceso abierto en [[Enlace](#)]



FUNDACIÓN ESPAÑOLA
DE CALIDAD ASISTENCIAL



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CALIDAD ASISTENCIAL



World Health Organization, 2nd Edition Geneva 2015
**Hospital care for children: quality assessment and
improvement tool**
A systematic standard based participatory approach

World Health Organization, la oficina regional europea de la OMS, publicó este documento con una estrategia de mejora continua de calidad.



Hospital care for children: quality assessment and improvement tool

A systematic standard based participatory approach

Ofrece un listado con criterios de evaluación de buena práctica en distintos escenarios hospitalarios pediátricos: desde la organización asistencial, estructura, iniciativas para la humanización, mejora de la seguridad, calidad de asistencia en urgencias y planta, atención del paciente crónico...

Incluye ejemplos de situaciones reales y mecanismos de adaptación local. Actualmente se encuentra disponible *online* en [\[Enlace\]](#)

Decálogo Seguridad del niño en el entorno sanitario

De la mano del [Comité de Calidad Asistencial y Seguridad en el Paciente de la AEP](#), que comparte en su sección de la web este decálogo.

Estas recomendaciones van dirigidas a los familiares para su implicación y participación en la mejora de la seguridad de la asistencia de los niños en diversos entornos sanitarios, contando con un atractivo diseño que invita a que lo compartamos en los espacios de trabajo. Disponible en [\[Enlace\]](#)



DECÁLOGO DE SEGURIDAD DEL NIÑO EN EL ENTORNO SANITARIO

Los presentes consejos tienen la finalidad de invitarle a participar activamente en la seguridad de su hijo en todas las fases de la atención sanitaria, asumiendo su corresponsabilidad en dichos procesos. Le proponemos que contribuya procurando el cumplimiento del siguiente decálogo:

- 1** Procure que su hijo lleve siempre puesta la pulsera de identificación, si hubiera que retirarla para alguna técnica, insista en que la coloquen en el otro brazo.
- 2** El niño debe estar siempre acompañado de un familiar o cuidador, tanto en la habitación como en otras áreas de diagnóstico o tratamiento, salvo excepciones como puede ser quirófano.
- 3** Asegúrese que la información relevante del niño figura en su historia clínica y que las alertas, especialmente alergias a medicamentos, alimentos, látex, etc. están convenientemente indicadas en carteles visibles en la cabecera de la cama y en la historia clínica.
- 4** Es importante que usted conozca el nombre de el/los médicos responsables de su hijo, así como de la enfermera asignada para su cuidado.
- 5** Pregunte sin restricciones todas las dudas que tenga acerca del estado de salud de su hijo así como de los procedimientos diagnósticos y los tratamientos.
- 6** Debe conocer y comprender la enfermedad y las opciones de tratamiento existentes así como las posibles complicaciones y sus tratamientos. El médico y la enfermera se lo explicarán con lenguaje adecuado y comprensible.
- 7** Hay que insistir en el cumplimiento de las normas de higiene, fundamentalmente el lavado de manos, por parte de los acompañantes, visitas y personal sanitario.
- 8** Indique de forma clara la medicación que está tomando su hijo.
- 9** Pida información sobre la medicación que le han prescrito a su hijo: nombre, dosis, frecuencia y vía.
- 10** No se marche del hospital sin un informe claro de su atención y las recomendaciones terapéuticas al alta.



RESIDENTE DE PEDIATRÍA EN LA PLANTA

El espacio de casos clínicos del boletín en el que el protagonista es MIR

Escolar con fiebre, signos meníngeos: no todo es lo que parece

Castro Rey Margarita, López Balboa Pablo, Burgueño Rico Rodrigo
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Motivo de consulta: mujer 10 años con fiebre elevada, astenia, cefalea intermitente y vómitos.

Antecedentes: sin enfermedades ni intervenciones quirúrgicas previas. Vacunación completa según calendario, incluyendo aquellas no financiadas. No alergias conocidas.

Enfermedad actual: cuadro de fiebre 39°C y escalofríos de 48 horas de evolución. Asocia cefalea frontal bilateral de tipo opresivo en relación con el aumento de la temperatura corporal, sin signos de alarma. En las últimas horas presenta dos vómitos alimentarios, sin otra clínica asociada.

Exploración física: Glasgow 15, bradipsiquia y latencia de respuesta verbal fluctuante. Rigidez de nuca, signo de Kernig positivo. Abdomen: globo vesical palpable, ausencia de reflejos cutáneo-abdominales. Neurológico: reflejos osteotendinosos exaltados en miembros inferiores con presencia de clonus agotable bilateral. Orofaringe eritematosa sin exudado amigdalario. Resto de exploración sin hallazgos de interés.

Exploraciones complementarias y evolución: analítica sanguínea con 14.380 leucocitos /mm³ (neutrófilos 83% y linfocitos 13,2%), reactantes de fase aguda negativos. Citoquímica de LCR: 90 leucocitos (92,8% mononucleares), proteínas 58,7 mg/dl, glucorraquia 87mg/dL.

Se inició el tratamiento indicado para el cuadro actual de manera precoz, sin complicaciones y con adecuada evolución posterior y sin secuelas funcionales.

¿Cuál sería el razonamiento clínico y la actitud a seguir?

- La paciente presenta una meningitis de probable etiología vírica; lo ideal sería iniciar tratamiento con aciclovir a la espera del resultado de las técnicas de detección molecular para virus neurotrópicos en LCR.
- Debe iniciarse tratamiento de manera precoz con cefotaxima a 200mg/kg/día, por el probable origen bacteriano de la infección, sin necesidad de realizar más estudios complementarios.
- La paciente presenta datos de afectación neurológica multifocal acompañada de signos meníngeos positivos, por lo que es necesario iniciar tratamiento con aciclovir, y realizar de manera precoz una prueba de imagen que nos ayude a orientar el diagnóstico.
- La clínica de la paciente podría justificarse por la elevación de la temperatura, por lo que sería suficiente mantenerla en observación con tratamiento de mantenimiento a la espera de la evolución clínica y los resultados del líquido cefalorraquídeo.

Respuesta a continuación

En nuestra paciente se inició tratamiento precoz con aciclovir hasta obtener el resultado microbiológico del LCR. Se realizó

una RM craneo-medular en la que se evidenciaron múltiples lesiones hipointensas en T1 e hiperintensas en T2 a nivel supra e

infratentorial (unión sustancia gris y blanca, ganglios de la base, tálamo, cerebelo), así como a nivel del tronco-encéfalo y de la médula espinal cervical, dorsal y cono medular compatibles con encefalomiелitis aguda diseminada (EMAD) grave.

Ante un cuadro de encefalopatía aguda se debe realizar un adecuado diagnóstico diferencial de manera que podamos instaurar precozmente un tratamiento dirigido y evitar las posibles complicaciones del cuadro.

La EMAD es una enfermedad desmielinizante aguda del sistema nervioso central, con un desencadenante generalmente infeccioso, o menos frecuentemente vacunal. Su prevalencia es desconocida en España. Debemos sospecharla cuando nos encontremos ante una encefalopatía aguda,

rápida y progresiva y acompañada de focalidad neurológica florida. La prueba de imagen de elección es la RM craneo-medular que evidencie el proceso desmielinizante. El tratamiento consiste en corticoides a altas dosis (metilprednisolona 30mg/kg/día durante 5 días), seguido de una pauta de mantenimiento (prednisona 2mg/kg/día durante 10 días) con descenso progresivo de los mismos hasta completar 4-6 semanas de tratamiento. Se han empleado como tratamiento coadyuvante las inmunoglobulinas intravenosas y plasmaféresis con resultados variables. La instauración del tratamiento de manera precoz es crucial en el desenlace, ya que existe un elevado riesgo de mortalidad en la primera semana tras la instauración del cuadro; el pronóstico suele ser favorable si el abordaje ha sido adecuado, persistiendo secuelas neurológicas solamente en un pequeño porcentaje de pacientes.

El resto de opciones no son compatibles con el cuadro clínico descrito.

Referencias:

1. Tenenbaum S, Chitnis T, Ness J, Hahn JS for the International Pediatric MS Study Group. Acute disseminated encephalomyelitis. *Neurology* 2007; 68 (Supl 2): S23-36.
2. Tardieu M, Mikaeloff Y. What is acute disseminated encephalomyelitis (ADEM)? *European Journal of Paediatric Neurology* 2004; 8: 239-242.
3. Khurana D, Melvin JJ, Kothare SV, Valencia I, Hardison HH, Yum S, Faerber EN, Legido A. Acute disseminated encephalomyelitis in children: discordant neurologic and neuroimaging abnormalities and response to plasmapheresis. *Pediatrics* 2005; 60: 432-7.



Cómo participar en nuestra sección:

Si eres MIR de pediatría y quieres formar parte del próximo número compartiendo un caso clínico, envía un correo a la dirección editorialsepho@gmail.com y te ayudaremos a hacerlo.

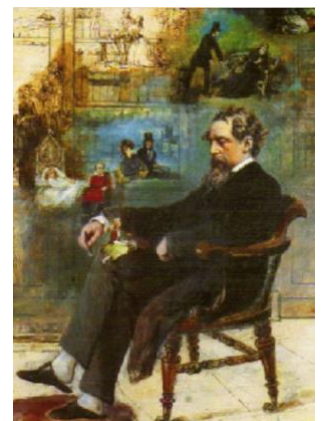
¡No olvides que este espacio existe por y para ti! ¡Muchas gracias por tu colaboración!



LA CITA

"No fracasa en este mundo quien le haga a otro más llevadera su carga"

Charles Dickens. Escritor y novelista inglés (1812-1870)



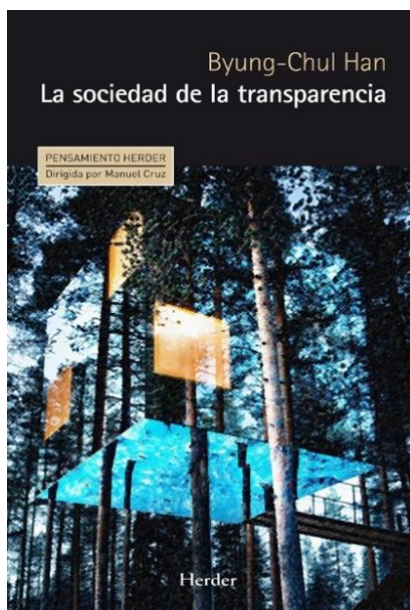
EN NUESTRAS PÁGINAS NO TODO ES CIENCIA



“La sociedad de la transparencia” (2013)

Byung-Chul Han

ISBN: 97884254325- 21 (papel) / 38 (Epub)



Transparencia y verdad no son idénticos, como tampoco acumulación del conocimiento equivale a sabiduría. La llamada transparencia domina el discurso público de los últimos años; aunque se justifica su utilidad por la lucha contra la corrupción y para facilitar la libre información, se desconoce su verdadera envergadura en nuestras vidas.

Las principales redes sociales se presentan como espacios de libertad, donde los consumidores se entregan voluntariamente, se desnudan y exhiben (o “comparten”) sus ideas, aspiraciones, secretos, afinidades.... Años ha, cualquier sociedad medianamente avanzada y libre se habría revelado contra los oscuros poderes que hubieran aspirado a tener acceso a los secretos y pensamientos más privados de sus ciudadanos y súbditos; hoy se entregan libremente a cambio de un like.

Byun-Chul Han, profesor de Filosofía de la Universidad de Berlín expone en este ensayo los riesgos (dispersión, vacío interior, confusión) de estos aspectos de la sociedad líquida en las que navegamos.

La sociedad de la transparencia, de editorial Herder (disponible en castellano y catalán), con más información en su web: www.herdereditorial.com. En papel y Epub.

Y hasta aquí el nuevo número de la revista de nuestra sociedad, esperamos como siempre que os haya resultado de utilidad. Y hasta la próxima se despide, el **equipo editorial de Pediatría Hospitalaria:**

Pedro J Alcalá Minagorre. *Hospital General Universitario (Alicante)*

David López Martín. *Hospital Costa del Sol (Marbella)*

José David Martínez Pajares. *Hospital de Antequera (Málaga)*

José Miguel Ramos Fernández. *Hospital Materno-Infantil (Málaga)*

Miguel Ángel Vázquez Ronco. *Hospital de Cruces (Bilbao)*

Editado en Madrid, por la Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria (SEPHO)

ISSN 2603-6339

Más información en www.sepho.es